ISBN 1188–4169

Relevé des maladies transmissibles au Canada

FAX

Vol . 22-2

Date de publication : 15 janvier 1996

Contenu du présent numéro : *(nombres de pages: 5)*

		Pagination officielle :
CCNI — DÉCLARATION SUPPLÉMENTAIRE SUR L'ÉLIMINATION DE LA ROUGEOLE AU CANADA .	F-1	9 – 15
BRUCELLOSE CONSÉCUTIVE À LA CONSOMMATION DE PRODUITS LAITIERS NON PASTEURISÉS À L'ÉTRANGER — ROYAUME-UNI	F-5	15 – 16

Les références doivent renvoyer aux numéros de page de la copie imprimée et non à ceux de la copie communiquée par télécopieur.

Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI)*

DÉCLARATION SUPPLÉMENTAIRE SUR L'ÉLIMINATION DE LA ROUGEOLE AU CANADA

Résumé

L'élimination de la rougeole indigène d'ici l'an 2000 est un objectif éminemment souhaitable, auquel adhèrent tous les pays des Amériques. Pour atteindre cet objectif au Canada, il faudra mettre en oeuvre un calendrier d'immunisation prévoyant l'administration de deux doses et faire en sorte que tous les enfants aient reçu la série vaccinale complète au cours des prochaines années. La meilleure façon de procéder consiste à commencer à administrer une deuxième dose du vaccin à une cohorte déterminée de jeunes enfants et à mettre sur pied un programme de «rattrapage» visant à revacciner tous les enfants qui ont dépassé l'âge recommandé pour la deuxième dose. Les responsables peuvent jouir d'une grande latitude dans la conception des programmes de rattrapage. Toutefois, l'adoption d'une date de lancement commune dans l'ensemble des provinces et territoires facilitera les activités d'information du public et la mise en oeuvre des programmes d'immunisation et permettra de réaliser des économies grâce à l'achat de grandes quantités de vaccins.

Introduction

La rougeole est une grave infection des voies respiratoires, souvent compliquée par une pneumonie, un croup, une sinusite, une otite moyenne et des convulsions fébriles[1]. Chaque année, dans le monde, près d'un million de décès chez les enfants sont dus à la rougeole[2]. La rougeole, qui est l'infection la plus contagieuse chez les humains, peut se propager même si une faible proportion seulement des sujets contacts sont réceptifs[3]. Les vaccins à virus vivant atténué actuellement sur le marché sont sûrs et efficaces[4]. Entre 90 % et 95 % des enfants vaccinés après leur premier anniversaire développent une immunité protectrice contre la rougeole.

L'expérience acquise au cours de la dernière décennie indique que les épidémies de rougeole surviennent même dans des populations où la couverture vaccinale atteint presque 100 %[3,5]. Ce phénomène s'explique par la propagation du virus parmi la faible proportion d'enfants qui n'ont pas eu de réponse immunitaire à la vaccination primaire ou, chose plus rare, qui ont perdu avec le temps l'immunité protectrice conférée par le vaccin. Dans les populations hautement immunisées, la rougeole se manifeste habituellement sous forme d'épidémies espacées qui frappent entre 1 % et 5 % des enfants d'âge scolaire; il se produit alors un débordement dans la population d'âge préscolaire. Les mesures de lutte contre les épidémies, qui englobent l'exclusion de l'école et les campagnes de revaccination massive, sont extrêmement perturbatrices, coûteuses en plus d'avoir une efficacité limitée.[6]. Lorsque surviennent des épidémies, le grand public s'interroge inévitablement sur l'efficacité du vaccin contre la rougeole.

Il a été établi que l'administration d'une seconde dose d'un vaccin contenant la composante antirougeoleuse permet de diminuer considérablement la proportion d'enfants réceptifs[7,8], ce qui réduit le risque d'épidémies dues à des cas importés. Les pays qui ont réussi à mettre en oeuvre un programme comportant deux doses ont pratiquement éliminé la rougeole indigène[6]. À mesure qu'un nombre croissant de pays atteignent cet objectif, on peut envisager d'éradiquer la rougeole de la planète, résultat déjà obtenu avec la variole, et en passe de l'être avec la poliomyélite. Les efforts vigoureux déployés pour éradiquer la rougeole dans le monde auraient un autre résultat appréciable : ils permettraient d'éliminer les programmes de vaccination contre la rougeole, ce qui se traduirait par des économies pour les générations futures.

* **Membres :** D[r] D. Scheifele (président); D[r] J. Spika (secrétaire exécutif); N. Armstrong (secrétaire administratif); D[r] F. Aoki; D[r] P. DeWals; D[r] S. Halperin; D[r] B. Law; D[r] M. Naus; D[r] Y. Robert; D[r] B. Ward.

Agents de liaison : D[r] D. Carpenter (DN); D[r] A. Carter (AMC); D[r] P. Duclos (BEMT); D[r] T. Freeman (CMFC) ; D[r] S. Hadler (CDC); D[r] V. Marchessault (CPS); D[r] C. Mustard (DGSM) ; D[r] L. Palkonyay (BPB); D[r] J. Waters (CCE).

En décembre 1992, à la suite d'importantes épidémies de rougeole signalées dans plusieurs provinces, une Conférence nationale de concertation sur la rougeole a eu lieu à Ottawa[10]. Les participants ont adhéré à l'objectif d'éliminer la rougeole indigène au Canada d'ici l'an 2005. Les intervenants ont en outre reconnu que l'atteinte de cet objectif nécessiterait une couverture presque universelle avec la première dose et de nouveaux programmes d'administration d'une seconde dose avant le début de l'école. Le CCNI a par la suite préconisé un calendrier prévoyant l'administration systématique de deux doses de vaccin contre la rougeole[11].

En septembre 1994, l'Honorable Diane Marleau, ministre de Santé Canada, a adopté, de concert avec les représentants des autres pays qui participaient à la XXIV[e] Conférence panaméricaine sur la santé (résolution CSP24R16), la résolution d'éliminer la rougeole des Amériques d'ici l'an 2000. Jusqu'ici, les impératifs concurrents du programme d'immunisation des enfants ont empêché l'introduction officielle au Canada des programmes de vaccination antirougeoleuse prévoyant l'administration de deux doses de vaccin. Dans les provinces où les vaccins sont administrés par les médecins, il arrive que la deuxième dose soit administrée de façon ponctuelle, mais une telle approche ne présente pas les avantages d'un programme structuré.

Une attitude de «laissez-faire» était acceptable en 1993, car l'activité rougeoleuse a alors atteint un creux sans précédent, avec seulement 204 cas suspects déclarés (0,7 pour 100 000 habitants). Trois provinces et les territoires n'ont déclaré aucun cas, et quatre provinces ont signalé moins de 12 cas chacune. Cette accalmie a pris fin en 1994, année où le nombre de déclarations a grimpé à 523, soit 2,5 fois plus que l'année précédente. Une autre brusque augmentation a été observée en 1995, en partie attribuable à de nouvelles épidémies en Ontario. Le 31 octobre 1995, le total provisoire s'établissait à plus de 2 100 cas. Ce chiffre est environ 10 fois plus élevé que celui signalé aux États-Unis au cours de la même période et représente plus de 50 % de tous les cas déclarés dans l'hémisphère occidental en 1995. Les autres pays qui font partie des Amériques ont récemment tenu des campagnes de vaccination massive hautement efficaces ou ont déjà mis en oeuvre des programmes prévoyant l'administration systématique de deux doses[9]. Les cas de rougeole y sont peu nombreux, malgré l'intensification des activités de surveillance. L'approche qui a eu cours au Canada jusqu'ici est manifestement la moins efficace. Il subsiste un nombre suffisamment important d'enfants non protégés dans chaque province pour permettre la survenue d'épidémies à tout moment. Selon les modèles mathématiques, des épidémies qui pourraient se solder par plus de 20 000 cas avérés dans l'ensemble du pays risquent de se produire.

Recommandations

1. Toutes les provinces et tous les territoires devraient s'engager à éliminer la rougeole indigène, conformément à la recommandation des participants à la Conférence de concertation sur la rougeole et du CCNI.

   L'atteinte de cet objectif d'ici l'an 2000 permettra au Canada de ne pas se laisser distancer par les autres membres de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS).
2. On devrait continuer d'administrer une première dose du vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) à tous les enfants admissibles, le plus tôt possible après leur premier anniversaire.
3. Il y a lieu d'offrir systématiquement une seconde dose du vaccin RRO au plut tôt 1 mois après la première dose, afin d'accroître le plus possible la protection conférée par le vaccin.

   Il serait plus commode d'administrer cette dose en même temps que d'autres vaccins figurant au calendrier. Différentes options sont envisageables pour l'administration de la deuxième dose : en même temps que les vaccinations suivantes au calendrier, à l'âge de 18 mois, ou en même temps que les vaccinations précédant l'entrée à l'école, entre l'âge de 4 et 6 ans, ou à tout âge intermédiaire convenable (comme au moment de l'entrée à la garderie). Les provinces devraient déterminer le moment qui convient le mieux à l'administration des deuxièmes doses du vaccin RRO.
4. Si l'on veut éliminer le plus rapidement possible la rougeole, il faut mettre en oeuvre des programmes spéciaux de rattrapage pour offrir une seconde dose de vaccin antirougeoleux à tous les enfants et adolescents déjà vaccinés dans le cadre du programme à une dose.

   En l'absence de programme de rattrapage, l'administration d'une deuxième dose uniquement aux jeunes enfants ne permettrait pas d'éliminer les épidémies avant 10 à 15 ans, c'est-à-dire après l'an 2005. Ce délai est inconciliable avec l'objectif fixé par l'OPS.

   Il existe différentes façons de procéder pour exécuter des programmes de rattrapage[9]. De nombreux pays membres de l'OPS ont mis en oeuvre avec succès des campagnes de vaccination massive de 1 à 7 jours. Le Royaume-Uni a récemment réussi à vacciner 94 % des enfants d'âge scolaire au cours d'une période de 4 semaines. Parmi les autres options envisageables, citons les programmes ayant une durée de plusieurs mois, voire plusieurs années. Dans ce dernier cas, plusieurs cohortes de niveaux d'études (classes) sont vaccinées chaque année jusqu'à ce que tous les enfants aient été inclus. Dans ces programmes de longue durée, les efforts risquent d'être entravés par la survenue d'épidémies chez les enfants pas encore revaccinés. Toutefois, le succès de programmes analogues de lutte contre la rougeole dans d'autres pays réduira vraisemblablement la fréquence des cas importés qui favorisent les épidémies.

   Quoi qu'il en soit, plus les programmes de rattrapage seront exécutés rapidement, plus ils contribueront à prévenir des épidémies majeures.
5. Les programmes comportant deux doses ne seront vraiment efficaces que s'ils reposent sur l'infrastructure voulue.

   Parmi les mesures d'appui nécessaires, citons la surveillance intensive et la déclaration rapide de tous les cas présumés de rougeole; la possibilité d'avoir accès à des tests fiables pour confirmer le diagnostic de rougeole; l'obtention et la conservation d'une preuve écrite d'immunisation dans l'ensemble de la population à risque; et des mesures rapides de lutte contre les épidémies, destinées à prévenir la transmission de la maladie aux sujets réceptifs, tant que ces derniers n'ont pas tous reçu une seconde dose.

Considérations relatives aux vaccins

Pour l'administration systématique des secondes doses, il est préférable d'avoir recours au vaccin RRO, qui présente l'avantage de protéger en même temps un certain nombre d'enfants contre la rubéole et les oreillons. Selon des études sérologiques réalisées à divers intervalles après l'administration systématique des premières doses de vaccin RRO, environ 1 % à 6 % des enfants vaccinés après leur premier anniversaire n'avaient pas développé d'anticorps contre la rubéole[12,13,14], et 3 % à 19 %, n'étaient pas protégés contre les oreillons[12,14,15], sans compter qu'entre 2 % et 12 % n'avaient pas développé d'anticorps contre la rougeole[12,15,16]. Il arrive parfois que certains enfants n'aient pas de réponse immunitaire à plusieurs composantes particulières d'un vaccin. La majorité des personnes qui n'avaient pas eu de séroconversion à la première vaccination ont acquis et conservé une immunité protectrice après la revaccination[17], indépendamment de l'antigène en cause. La vaccination contre la rougeole demeure extrêmement rentable, même si l'on ajoute une deuxième dose du vaccin RRO (observations inédites).

L'utilisation du vaccin antirougeoleux monovalent est acceptable dans le cadre de programmes de rattrapage spéciaux, même si l'inclusion des composantes contre la rubéole et les oreillons pourrait présenter certains avantages. Vu que les programmes de rattrapage spéciaux visent de vastes populations, certains facteurs influent sur le choix du vaccin : le coût, la gamme réduite des vaccins combinés homologués et l'âge de la population-cible. Pour l'instant, au Canada, seuls le vaccin antirougeoleux monovalent et le vaccin RRO sont homologués, mais un vaccin contre la rougeole et la rubéole devrait être commercialisé sous peu. Le vaccin antirougeoleux monovalent est nettement moins coûteux que le vaccin RRO.

Le RRO ou le vaccin antirougeoleux peuvent être administrés en même temps que d'autres vaccins administrés systématiquement aux enfants[18], comme la préparation vaccinale associant l'anatoxine diphtérique, le vaccin contre la coqueluche et l'anatoxine tétanique (DCT). Il faut toutefois procéder à des injections distinctes, dans des membres opposés. Les effets secondaires associés à l'administration concomitante des vaccins combinés RRO et DCT ne sont pas cumulés, étant donné qu'ils se manifestent à des intervalles différents après l'administration. Le fait d'administrer en même temps ces deux vaccins n'altère pas la capacité de l'enfant d'obtenir une réponse immunitaire satisfaisante à chaque composante.

Considérations portant expressément sur les programmes de rattrapage

Les enfants d'âge scolaire constituent le principal groupe cible d'une campagne de rattrapage, car ce sont eux qui ont été le plus touchés par la rougeole au cours des dernières épidémies signalées au Canada; ils forment en outre le groupe le plus facile à cerner et à joindre. Idéalement, tous les enfants des niveaux primaire et secondaire devraient être inclus dans le programme de rattrapage. Les limites d'âge inférieure et supérieure devraient être établies en fonction du profil épidémiologique de la maladie à l'échelle locale. Il existe des personnes à risque de rougeole dans tous les groupes d'âge, jusqu'au début de l'âge adulte, mais trop peu d'épidémies sont survenues parmi les étudiants des collèges et des universités au Canada pour recommander l'inclusion systématique de ces groupes dans les programmes de rattrapage.

Les enfants qui ont déjà reçu deux doses d'un vaccin contenant la composante antirougeoleuse, à l'âge recommandé, peuvent être exemptés de la vaccination si l'on dispose de preuves écrites de leurs antécédents vaccinaux. Lorsque les dossiers d'immunisation sont incomplets ou non disponibles, on peut sans crainte procéder à la vaccination, car l'administration du vaccin antirougeoleux à un sujet déjà immunisé ne présente aucun danger.

Pour mettre en oeuvre les campagnes de rattrapage, il faut déployer des efforts considérables de sensibilisation auprès des professionnels de la santé et du grand public. Ces activités de promotion seraient plus efficaces s'il existait une plus grande uniformité entre les programmes dispensés par les provinces et les territoires. Il serait sans doute plus important de coordonner les dates de lancement des programmes que d'uniformiser d'autres paramètres, comme la portée et la durée du programme. La coordination des programmes présenterait également l'avantage de permettre des économies dues à l'achat de grandes quantités de vaccin.

Effets secondaires attribuables aux secondes doses de vaccin antirougeoleux

Le *Guide canadien d'immunisation*[11] fait état des effets secondaires associés à la première dose du vaccin antirougeoleux. Seulement 5 % à 15 % des personnes qui recevront la seconde dose présenteront une première séroconversion et, par conséquent, pourront souffrir des effets secondaires mineurs observés après une première dose. Les enfants plus âgés semblent courir un moins grand risque que les nourrissons d'avoir une forte fièvre entre 7 à 10 jours après la vaccination antirougeoleuse, mais se plaignent parfois d'une sensibilité passagère au point d'injection. Il est peu probable que les campagnes de vaccination en milieu scolaire engendrent des symptômes désagréables qui contribueraient à accroître l'absentéisme ou à perturber les activités scolaires ou sportives.

Bien que réel, le risque d'arthralgie ou d'arthrite aiguë associé au vaccin contre la rubéole est très faible dans le groupe d'âge des 5 à 19 ans. L'arthrite aiguë est rare chez les sujets vaccinés après l'âge de 16 ans et ne survient qu'à l'occasion chez les vaccinés âgés de 17 à 25 ans; ce problème est plus fréquent par la suite, en particulier chez les femmes. Entre 1 % et 6 % seulement des enfants revaccinés présenteront une infection primaire induite par la vaccination, avec les risques d'effets secondaires que cela comporte.

Précautions et contre-indications liées à l'administration d'une seconde dose de vaccin antirougeoleux

Le vaccin antirougeoleux à virus vivant atténué ne doit pas être administré aux personnes de tout âge dont les mécanismes immunitaires sont altérés par la maladie ou les médicaments.

La vaccination contre la rougeole est néanmoins indiquée chez la plupart des nourrissons infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), à condition que leur fonction immunitaire à l'âge de 12 à 15 mois permette d'administrer sans danger le vaccin RRO[19]. L'administration de la deuxième dose du vaccin antirougeoleux est également recommandée, car elle ne devrait pas non plus poser de problème au cours de la deuxième année de vie. Il est plus risqué d'administrer le vaccin à un âge plus

avancé, car une altération des mécanismes immunitaires est prévisible avec l'âge.

Les enfants qui ont présenté une réaction anaphylactique avérée après avoir reçu la première dose du vaccin RRO ne devraient pas être revaccinés. Il arrive, en de rares circonstances, que des personnes présentant une réaction d'hypersensibilité anaphylactique aux oeufs de poule aient une réaction allergique à la faible quantité de protéine apparentée à l'ovalbumine qui se trouve dans le vaccin contre la rougeole[20]. L'allergie aux oeufs disparaît souvent avec l'âge, et il est rare qu'elle provoque des réactions potentiellement mortelles chez les enfants d'âge scolaire. Chez les enfants qui ont reçu sans problème une première dose du vaccin RRO, en dépit d'une allergie avérée aux oeufs au moment de l'administration, le risque d'anaphylaxie consécutive à l'administration de la deuxième dose est très faible. Dans la même veine, les enfants «allergiques aux oeufs» qui tolèrent la présence d'oeufs en petites quantités dans les aliments courent un risque négligeable d'anaphylaxie au moment de la vaccination. Il n'est donc pas nécessaire de procéder à un test cutané à la recherche d'une allergie au RRO lors de l'administration des secondes doses de vaccin. Quel que soit le vaccin administré, on serait bien avisé de faire en sorte que tous les enfants demeurent sous surveillance pendant au moins 15 minutes après l'administration du vaccin de façon à pouvoir intervenir sur-le-champ en présence de signes d'anaphylaxie[21,22].

Entre 5 % et 15 % des jeunes enfants présentent une fièvre ≥ 39,4 °C après avoir reçu le vaccin contre la rougeole, et une faible proportion d'entre eux ont des convulsions fébriles. On n'observe de la fièvre après la vaccination que chez les sujets réceptifs, aussi le risque de convulsions au moment de l'administration de la deuxième dose de vaccin antirougeoleux est-il très faible. Il est encore plus faible lorsque la deuxième dose est administrée à des enfants d'âge scolaire, car le risque de convulsions fébriles simples chute après l'âge de 5 ans.

On ne devrait pas retarder la vaccination à cause d'une maladie mineure accompagnée ou non de fièvre. Cette recommandation s'applique tout particulièrement aux campagnes de vaccination en milieu scolaire, car une certaine proportion des enfants aura inévitablement de la toux ou des symptômes du rhume. La réponse immunitaire n'est pas altérée chez les sujets qui ont une infection bénigne concomitante[23,24].

Lorsqu'un vaccin à virus vivant est administré à des adolescents ou à de jeunes adultes, il y a lieu de tenir compte de la possibilité d'une grossesse, qui constitue une contre-indication. Les femmes enceintes devraient pouvoir refuser la vaccination. Si l'on apprend ultérieurement qu'une personne était enceinte au moment de la vaccination, il est rassurant de savoir que la tératogénicité de ce vaccin n'a pas été établie de façon probante, même si ce dernier est administré depuis 25 ans[25]. Il n'est pas nécessaire de procéder au dépistage actif de la grossesse avant d'administrer le vaccin antirougeoleux monovalent dans le cadre de campagnes à grande échelle. Le pouvoir tératogène du vaccin contre la rubéole RA27/3 est plus inquiétant, mais des études réalisées chez des femmes accidentellement au vaccin ont indiqué que le risque d'atteinte foetale s'établissait entre 0 % et un risque maximal théorique de 2 %[26]. Il faudra concevoir des protocoles de dépistage de la grossesse si le vaccin RR ou le vaccin RRO est administré à des sujets appartenant à des groupes d'âge qui sont probablement actifs sexuellement.

Les campagnes de rattrapage à grande échelle attirent inévitablement l'attention du public et des médias; il faut donc exposer clairement les avantages et les dangers de la vaccination. Le CCNI et le Laboratoire de lutte contre la maladie s'intéressent de près aux effets secondaires rares et graves associés aux vaccins qui leur sont signalés. Il n'existe pas de données probantes à l'appui de l'hypothèse voulant que le vaccin antirougeoleux puisse causer la maladie de Crohn ou le syndrome de Guillain-Barré (SGB). Aucun des 63 enfants canadiens atteints de SGB depuis 1991 n'avait été vacciné dans les 30 jours précédant l'apparition de la maladie. Aux États-Unis, l'*Institute of Medicine*[27] a conclu qu'on ne disposait pas de preuves suffisantes pour confirmer ou infirmer l'existence d'un lien de causalité entre le vaccin contre la rougeole et l'encéphalite, la panencéphalite sclérosante subaiguë, la névrite optique, la myélite transverse, le SGB et le diabète sucré.

References

1. Larke RPB. *Impact of measles in Canada*. Rev Infect Dis 1983; 5:445-51.
2. Grant JP. *The state of the world's children - 1991*. New York: United Nations Children's Fund.
3. Gustafson TL, Lievens AW, Brunell PA et coll. *Measles outbreak in a fully immunized secondary-school population*. N Engl J Med 1987;316:771-74.
4. Markowitz LE, Orenstein WA. *Measles vaccines*. Pediatr Clin North Am 1990;37:603-24.
5. Nkowane BM, Bart SW, Orenstein WA et coll. *Measles outbreak in a vaccinated school population: epidemiology, chains of transmission and the role of vaccine failures*. Am J Public Health 1987;77:434-38.
6. Osterman JW, Melnychuk D. *Revaccination of children during school-based measles outbreaks: potential impact of a new policy recommendation*. Can Med Assoc J 1992;146:929-36.
7. Whittler R, Veit BC, McIntyre S et coll. *Measles revaccination response in a school-age population*. Pediatrics 1991;88:1024-30.
8. Matson DO, Byington C, Canfield M et coll. *Investigation of a measles outbreak in a fully vaccinated school population including serum studies before and after revaccination*. Pediatr Infect Dis J 1993;12:292-99.
9. Cutts FT, Markowitz LE. *Successes and failures in measles control*. J Infect Dis 1994;170 (Suppl 1):S32-S41.
10. LLCM. *Conférence de concertation sur la rougeole*. RMTC 1993;19:72-9.
11. Comité consultatif national de l'immunisation. *Guide Canadien de l'immunisation*. 4e éd. Ottawa, Ont: Santé Canada, 1993. (Approvisionnements et Services Canada, n° de cat. H49-8/1993F).
12. Miller E, Hill A, Morgan-Capner P et coll. *Antibodies to measles, mumps and rubella in UK children 4 years after vaccination with different MMR vaccines*. Vaccine 1995;13: 799-802.
13. Christenson B, Bottiger M. *Long-term follow-up study of rubella antibodies in naturally immune and vaccinated young adults*. Vaccine 1994;12:41-5.
14. Bakshi SS, Cooper LZ. *Rubella and mumps vaccines*. Pediatr Clin North Am 1990;37:651-68.

15. Boulianne N, DeSerres G, Ratnam S et coll. *Levels of measles, mumps and rubella antibodies in children 5 to 6 years after immunization: effect of vaccine type and age at vaccination*. Vaccine 1995;13:1611-16.
16. Christenson B, Bottiger M. *Measles antibody: comparison of long-term vaccination titers, early vaccination titers and naturally acquired immunity to and booster effects on the measles virus*. Vaccine 1994;12:129-33.
17. Markowitz LE, Albrecht P, Orenstein WA et coll. *Persistence of measles antibody after revaccination*. J Infect Dis 1992;166: 205-08.
18. King GE, Hadler SC. *Simultaneous administration of childhood vaccines: an important public health policy that is safe and efficacious*. Pediatr Infect Dis J 1994;13:394-407.
19. Palumbo P, Hoyt L, Demasio K et coll. *Population-based study of measles and measles immunization in human immunodeficiency virus-infected children*. Pediatr Infect Dis J 1992;11:1008-14.
20. Herman JJ, Rodin R, Schneiderman R. *Allergic reactions to measles (rubeola) vaccine in patients hypersensitive to egg protein*. J Pediatr 1983;102:196-99.
21. James JM, Burks AW, Robertson PK et coll. *Safe administration of the measles vaccine to children allergic to eggs*. N Engl J Med 1995;332:1262-66.
22. Freigang B, Jadavji TP, Freigang DW. *Lack of adverse reactions to measles, mumps and rubella vaccine in egg-allergic children*. Ann Allergy 1984;73:486-88.
23. Ratnam S, West R, Godag V. *Measles and rubella antibody response after measles-mumps-rubella vaccination in children with afebrile upper respiratory tract infection*. J Pediatr 1995;127:432-34.
24. Dennehy PH, Saracen CL, Peter G. *Seroconversion rates to combined measles-mumps-rubella-varicella vaccine of children with upper respiratory tract infection*. Pediatrics 1994; 94:514-16.
25. Centers for Disease Control. *Measles prevention: recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP)*. MMWR 1989;38(no. S-9):1-18.
26. Centers for Disease Control. *Rubella prevention: recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP)*. MMWR 1990;39(no. RR-15):1-18.
27. Institute of Medicine. *Adverse events associated with childhood vaccines - evidence bearing on causality*. Washington, DC: National Academy Press, 1994:118-86.

Notes internationales

BRUCELLOSE CONSÉCUTIVE À LA CONSOMMATION DE PRODUITS LAITIERS NON PASTEURISÉS À L'ÉTRANGER — ROYAUME-UNI

Deux cas de brucellose aiguë survenus parmi les membres d'une famille qui avait séjourné à l'étranger en avril 1995 ont été récemment signalés au *Public Health Laboratory Service* (Laboratoire de santé publique) du *Communicable Disease Surveillance Centre* (CDSC) (Centre de surveillance des maladies transmissibles). Les malades, qui avaient présenté des symptômes bénins non spécifiques et de la fièvre par intermittence au début du mois de juin, ont été hospitalisés en Angleterre à la fin juillet. Dans un des cas, une hémoculture a mis en évidence *Brucella melitensis*; dans l'autre, la sérologie a donné des résultats faiblement positifs. Tous deux avaient consommé un gâteau au fromage de production locale au cours de leur séjour à l'étranger.

En 1995, un total de neuf cas humains de brucellose survenus en Angleterre et au pays de Galles ont été signalés au CDSC. On a isolé *B. melitensis* dans cinq cas, le diagnostic ayant été posé par voie sérologique pour les quatres autres. Six cas étaient liés à un voyage à l'étranger et tous les six avaient consommé du lait ou du fromage de chèvre.

De 1992 à 1994, le CDSC a reçu 44 rapports d'analyse faisant état d'infections brucelliennes humaines (16 en 1992, 7 en 1993 et 21 en 1994). Neuf d'entre elles étaient dues à *B. melitensis* et les autres à *B. abortus* ou *Brucella* sp. Selon les rapports, 22 de ces infections avaient été contractées à l'étranger.

On n'a jamais signalé de cas de brucellose à *B. melitensis* chez les animaux en Grange-Bretagne. Une flambée de brucellose à *B. abortus* s'est produite en 1993; elle était due à l'importation de bétail infecté. Elle a pu être éliminée par l'abattage du bétail contaminé et le repérage des contacts.

S'il est très rarement fait état de cas humains de brucellose d'origine autochtone en Grande-Bretagne, c'est grâce à la pasteurisation de la presque totalité du lait et au succès du programme visant à éradiquer la brucellose bovine. La plupart des cas sont des infections chroniques d'origine professionnelle. On continue cependant à signaler des infections humaines aiguës importées, souvent liées à la consommation de lait ou de fromage non pasteurisé. On ne peut pas toujours évoquer une brucellose au début de l'infection, et le diagnostic peut s'en trouver retardé.

Source : *Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS, Vol 70, n° 43, 1995.*

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Santé Canada ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix); la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Conseillers scientifique : D[r] John Spika (613) 957-4243
D[r] Fraser Ashton (613) 957-1329
Rédactrice en chef : Eleanor Paulson (613) 957-1788
Rédactrice adjointe : Nicole Beaudoin (613) 957-0841
Éditrice : Joanne Regnier

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à la Rédactrice en chef, Laboratoire de lutte contre la maladie, Pré Tunney, Ottawa (Ontario) K1A 0L2.

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :
Technologie informatique Tel. No. (613) 731-9331, poste 2028
Association médicale canadienne FAX (613) 731-9102
B.P. 8650
Ottawa (Canada) K1G 0G8

Prix par année : 75 $ + TPS au Canada; 97.50 $ US à l'étranger.
© Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social 1996